



RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH

Warszawa,

Adam Bodnar

V.7012.1.2017.EO

**Pan
Konstanty Radziwiłł
Minister Zdrowia**

ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

W dniu 4 maja 2017 r. weszła w życie ustawa z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 844). Ustawa wprowadziła „System podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej” zwany „siecią szpitali”. W chwili obecnej Narodowy Fundusz Zdrowia zakończył prace nad listą szpitali zakwalifikowanych do sieci. Tym niemniej jednak pragnę zwrócić uwagę Pana Ministra na kilka problemów powstałych na tle nowych zasad funkcjonowania opieki szpitalnej. W mojej opinii, kryteria kwalifikacji do sieci szpitali zawarte w powyższej ustawie nie mają bezpośredniego przełożenia na funkcjonujące w szpitalach oddziały. Powoduje to, że w wielu przypadkach szpitale były kwalifikowane do sieci „w części”, bez wszystkich oddziałów pozostających w strukturze. Dalsze funkcjonowanie oddziałów pozostających poza siecią zależne będzie od wyników konkursów na udzielanie świadczeń zdrowotnych zorganizowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. W zakresie tworzonej sieci szpitali pragnę zwrócić uwagę Pana Ministra na miejsce opieki geriatrycznej w tym systemie. Poruszone przeze mnie kwestie stanowią jedynie pewien wycinek praktycznych problemów, jakie mogą się pojawić w trakcie wdrażania nowego systemu opieki szpitalnej.

1. Miejsce opieki geriatrycznej w sieci szpitali

Przyjęte w powyższej ustawie rozwiązania systemowe budzą moje wątpliwości w zakresie miejsca w sieci szpitali na wyodrębnioną organizacyjnie i finansowo opiekę geriatryczną. Wiele szpitali ma w swojej strukturze oddziały geriatryczne dedykowane osobom starszym – tzw. „pacjentom geriatrycznym”. W przyjętej ustawie, w specjalizacji szpitali na odpowiednich stopniach, nie uwzględniono oddziałów geriatrycznych. W tym zakresie przewiduje się, że świadczenia geriatryczne będą udzielane np. na oddziałach internistycznych, czy też poza szpitalem, w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, czy w poradniach przyszpitalnych. Co do zasady, pozytywnie oceniam postępujące tendencje do odchodzenia od długich i często niecelowych hospitalizacji. Takie działanie w długofalowej perspektywie może przełożyć się pozytywnie zarówno na stan zdrowia i mobilność pacjenta, jak i na racjonalne gospodarowanie zasobami finansowymi w ochronie zdrowia. Jednakże praktyczne wcielenie geriatrycznych świadczeń opieki zdrowotnej do innych działów, jak interna, czy pulmonologia budzi poważne wątpliwości z punktu widzenia dobra i bezpieczeństwa zdrowotnego tej grupy pacjentów.

Analizując dostępne listy szpitali zakwalifikowanych do sieci oraz informacje prasowe¹ obawiam się o dostęp pacjentów geriatrycznych do adekwatnego dla nich leczenia szpitalnego blisko miejsca zamieszkania. Do tej pory w wielu przypadkach takie funkcje mogły pełnić szpitale na szczeblu powiatowym i wojewódzkim, w szczególności jeżeli miały w swoich strukturach oddziały geriatryczne. Z listy sieci szpitali dla województwa mazowieckiego opublikowanej przez Mazowiecki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia² wynika m.in., że na poziomie szpitala ogólnopolskiego został zakwalifikowany Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher. Wśród profili zabezpieczenia jest też geriatria. Podmiot ten jest bowiem dedykowany opiece geriatrycznej. W mojej opinii, pojedyncze przypadki tego typu specjalistycznych podmiotów leczniczych, które

¹ vide Dziennik Gazeta Prawna z dnia 28 czerwca 2017 r. artykuł „Znamy pełen skład sieci szpitali”

² vide <http://www.nfz.gov.pl/biuletyn-informacji-publicznej-mazowieckiego-ow-nfz/wykaz-szpitali-zakwalifikowanych-do-psz/>

weszły do sieci na poziomie ogólnopolskim mogą nie zaspokoić potrzeb pacjentów geriatrycznych w skali kraju. Geriatria nie należy do profili systemu zabezpieczenia, o których mowa w art. 1 ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Jak wskazała m.in. Pani prof. Barbara Bień - Ordynator Kliniki Geriatrii w Białymstoku³, pacjent geriatryczny z wielością współwystępujących chorób potrzebuje dobrze skoordynowanej opieki zdrowotnej ukierunkowanej na jego szczególne potrzeby zdrowotne. Taką funkcję powinna pełnić całościowa opieka geriatryczna.

W mojej opinii, w warunkach szpitalnych powinna być ona realizowana na oddziałach geriatrycznych. Wdrażana reforma opieki szpitalnej ma w założeniu przybliżyć opiekę szpitalną do pacjenta, także ze względu na jego miejsce zamieszkania. Tym samym mając na uwadze postępujące procesy starzenia się społeczeństwa niezrozumiałe wydaje się nieuwzględnienie w poziomach szpitali samodzielnych oddziałów geriatrycznych. Jak wskazałem powyżej, pacjent geriatryczny jest osobą, która potrzebuje dostosowanej do jego specyfiki zdrowotnej, kompleksowej opieki. Potrzebami zdrowotnymi tych pacjentów powinien zajmować się lekarz geriatra, a w warunkach szpitalnych, opieka zdrowotna powinna być realizowana na oddziałach geriatrycznych.

Potrzebę przyjęcia kompleksowych rozwiązań na rzecz opieki geriatrycznej sygnalizowałem Panu Ministrowi w wystąpieniu z dnia 24 marca 2016 r. (nr V.7010.19.2016.AA). Swoje uwagi w tym temacie przedstawiła ówczesnemu Ministrowi Zdrowia również moja poprzedniczka, Pani prof. Irena Lipowicz, w wystąpieniach z dnia 12 kwietnia 2013 r. i 19 grudnia 2011 r. (nr RPO-690730).

W dotychczasowej korespondencji zwracałem uwagę Pana Ministra na fakt, że postępujące zmiany demograficzne oznaczają konieczność zapewnienia opieki medycznej dla znacznie starszej populacji. Zmianie ulega zarówno zakres opieki medycznej, jak i liczba objętych opieką pacjentów. Podstawowym wyzwaniem stojącym przed systemem ochrony zdrowia jest koordynacja leczenia osób w wieku

³ Seminarium w Biurze RPO pn. „Kondycja Geriatrii w Polsce” 13 września 2016 r.

senioralnym oraz problem polipragmazji (przyjmowania wielu produktów leczniczych). Na świecie, od kilkadziesiąt lat, wdrażana jest w systemie opieki medycznej geriatria – specjalistyczna dziedzina medycyny zajmująca się zdrowiem, chorobami, opieką i pomocą osobom w podeszłym wieku, która obejmuje fizyczne, psychiczne, funkcjonalne i społeczne problemy starszych pacjentów. Geriatria, integrując w różne dziedziny medycyny, pozwala całościowo oceniać i rozwiązywać złożone problemy wieku podeszłego przy poszanowaniu odrębności biologicznych, psychicznych i społecznych tej fazy rozwojowej człowieka. Z założenia, geriatria ma oferować pacjentowi holistyczną opiekę multidyscyplinarnego zespołu fachowców, aby zoptymalizować stan zdrowia osób starszych, ich samodzielność, a także poprawić jakość życia.

Na potrzebę przyjęcia skoordynowanej opieki zdrowotnej w tym zakresie wskazał też Pan prof. Tomasz Kostka – Konsultant krajowy w dziedzinie geriatrii. Zauważył m.in., że jeżeli istnieje potrzeba hospitalizacji, to pacjent powinien być kierowany do oddziału szpitalnego, który byłby oddziałem optymalnie geriatrycznym lub internistyczno-geriatrycznym, ale nie tylko z nazwy, tylko z kontraktem geriatrycznym. Konsultant zauważył również, że w Polsce jest około 900 łóżek geriatrycznych i ponad 400 geriatrów, z czego 200 nie pracuje w zawodzie. Często lekarze geriatrycy nie pracują w swojej specjalizacji, dlatego, w ocenie prof. Kostka, że nie ma dla nich miejsc pracy i im się to po prostu nie opłaca. Ten zakres medycyny jest mocno niedofinansowany skoro przeznaczają na niego około 1 promila, czyli jedną tysięczną środków budżetu NFZ⁴.

W tej sytuacji, mając na uwadze, że w polskim systemie ochrony zdrowia nie ma wypracowanego modelu kompleksowej i skoordynowanej opieki geriatrycznej, brak uwzględnienia oddziałów geriatrycznych w sieci szpitali może okazać się kolejnym krokiem oddalającym powstanie takiego modelu. Udzielanie świadczeń geriatrycznych na innych oddziałach może w dłuższej perspektywie pozbawić geriatrię waloru

⁴ Rynek Zdrowia, 14 marca 2017 r., artykuł: „Prof. Kostka: nie będzie siłowego przekształcania oddziałów geriatrii w interneń.” <http://www.rynekzdrowia.pl/Uslugi-medyczne/Prof-Kostka-nie-bedzie-silowego-przekształcania-oddzialow-geriatrii-w-interne,171002,8.html>

samodzielnej dyscypliny i uczynić częścią np. interny. Z opisanych powyżej przyczyn jest to dalece niezasadne.

W opinii Pana Ministra, wyrażonej na posiedzeniu sejmowej Komisji Zdrowia w dniu 23 marca 2017 r., „są różne koncepcje dotyczące miejsca geriatry w leczeniu starszych osób”. Wskazał Pan też, że kliniki geriatryczne, bardziej nawet niż szpitale geriatryczne, stanowią miejsce, które powinno mieć charakter referencyjny i dydaktyczny dla kadry geriatrów, pielęgniarek oraz innych osób mających do czynienia z osobami starszymi. Ponadto, w Pana opinii, osoby starsze powinny być w miarę możliwości leczone poza szpitalem, np. w ambulatorium⁵.

Co do zasady, zgadzam się, że leczenie w trybie ambulatoryjnym jest korzystniejsze dla pacjenta i całego systemu ochrony zdrowia. Tym niemniej jednak muszę zauważyć, że szpitale kliniczne, do których Pan Minister odniósł się w swojej wypowiedzi, nie zawsze są dostępne dla każdego potrzebującego seniora. Trudno szukać tych placówek w każdym powiecie, a wdrażana obecnie reforma ma na celu poprawę dostępności pacjentów do leczenia.

2. GORD - Geriatryczny Ośrodek Rehabilitacji Diennej – propozycja Konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie geriatry dla województwa opolskiego

Natomiast w przypadku, gdyby postulowane przeze mnie propozycje miejsca opieki geriatrycznej w systemie ochrony zdrowia nie znalazły u Pana uznania, pragnę wskazać, że popieram propozycję złożoną przez Konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie geriatry dla województwa opolskiego Pana dr n. med. Andrzeja Bunio. Pan dr n. med. Andrzej Bunio w piśmie z dnia 12 kwietnia 2017 r. kierowanym do Pana Ministra, które otrzymałem do wiadomości, zaproponował dodanie do koszyka tzw. „świadczeń gwarantowanych” nowego świadczenia zdrowotnego pod roboczą nazwą – Geriatryczny Ośrodek Rehabilitacji Diennej. Świadczenia w Ośrodku miałyby być

⁵ Rynek Zdrowia, 23 marca 2017 r., artykuł: „Komisja zdrowia za odrzuceniem poprawek opozycji do projektu o sieci szpitali.” <http://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Komisja-zdrowia-za-odrzuceniem-poprawek-opozycji-do-projektu-o-sieci-szpitali,171363,1.html>

kierowane do osób po 65 roku życia, z chorobami typowymi dla wieku podeszłego, u których stwierdzono deficyt(y) narządu ruchu i sprawności intelektualnej zagrażające pogłębieniem lub utratą niezależności funkcjonalnej. Udzielanie świadczeń w ramach Ośrodka miałyby polegać na 3 – 4 tygodniowej rehabilitacji, w cyklach przed i popołudniowych, obejmując średnio 5 procedur dziennie dla każdego pacjenta w okresie sprawozdawczym.⁶

Uzasadniając przedstawioną propozycję leczenia, Konsultant wskazał, że opieka geriatryczna powinna opierać się na kompleksowym podejściu do pacjenta. Obecnie świadczenia zdrowotne w zakresie geriatryki są fragmentaryczne, a brak kompleksowego podejścia do problemów zdrowotnych ludzi starszych skutkuje mniejszą efektywnością leczenia, nadużywaniem świadczeń specjalistycznych, ale i większą kosztochłonnością. Współczesna medycyna stara się ograniczyć wskazania do hospitalizacji osób starszych, przenosząc jednocześnie ciężar opieki do ambulatorium. W dziedzinie geriatryki istnieją wprawdzie poradnie geriatryczne, ale niemożliwe jest prowadzenie tam diagnostyki neuropsychologicznej, czy rehabilitacyjnej. Zdaniem Konsultanta, w polskim systemie opieki zdrowotnej brakuje ogniwa pośredniego, czyli dziennych ośrodków geriatrycznych o charakterze diagnostyczno-leczniczym. Funkcje takich ośrodków mogłyby więc pełnić Geriatryczne Ośrodki Rehabilitacji Diennej. Proponowane rozwiązanie prawne wiąże się oczywiście z kosztami, tym niemniej jednak świadczenia zdrowotne udzielane w ramach funkcjonowania Ośrodka nie mają charakteru luksusowego i są kierowane do stale rosnącej populacji seniorów⁷.

Konsultant zaproponował, aby sugerowane rozwiązanie miało początkowo charakter pilotażowy. Jednocześnie wyraził on gotowość przeprowadzenia pilotażu funkcjonowania opieki w trybie Ośrodka w województwie opolskim. W tym zakresie pozytywnie oceniam też wniosek Konsultanta w sprawie pilotażu programu.

Muszę też wskazać, że powyższa propozycja kompleksowego świadczenia zdrowotnego w postaci Geriatrycznego Ośrodka Rehabilitacji Diennej konsultowana

⁶ vide załącznik 1 do pisma Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie geriatryki z dnia 12 kwietnia 2017 r.

⁷ vide pismo z dnia 12 kwietnia 2017 r.

była z Panią prof. Barbarą Bień⁸. Świadczenie to zostało pozytywnie zaopiniowane, a Pani prof. wskazała, że jest to stosunkowo łatwe i potencjalnie szeroko dostępne świadczenie zdrowotne dla niesprawnych osób starszych.

3. Dostęp do świadczeń zdrowotnych – praktyczny problem istniejących kolejek

Zmuszony jestem zwrócić uwagę Pana Ministra także na inny - organizacyjny - problem związany z siecią szpitali. Podczas odbywanych przeze mnie regularnie spotkań regionalnych z obywatelami, na bieżąco zgłaszane są mi m.in. problemy pacjentów w ochronie zdrowia. Pacjenci, którzy obecnie oczekują w kolejkach na uzyskanie świadczenia zdrowotnego, obawiają się, że wskutek likwidacji wielu oddziałów nieobjętych siecią nie otrzymają leczenia. Na terenie Poznania taki problem zgłoszono mi w zakresie dostępu do świadczeń ortopedycznych. Czas oczekiwania na takie świadczenia wynosi tam nawet 7 do 10 lat. W przypadku likwidacji oddziałów ortopedycznych, tak jak i wielu innych, pacjenci nie mają gwarancji, kiedy i jaki podmiot leczniczy udzieli im świadczenia zdrowotnego. Zdaję sobie sprawę, że istnieje mechanizm prawny „przejmowania pacjentów” przez innych świadczeniobiorców publicznych, określony w art. 20 ust. 10a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793). Obawiam się jednak, że skala zmian w opiece szpitalnej, które wprowadza sieć szpitali, może spowodować, że istniejący mechanizm okaże się niewystarczający.

Muszę też ponownie zasygnalizować, że kryteria kwalifikacji do sieci szpitali zawarte w ustawie z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie mają bezpośredniego przełożenia na funkcjonujące w szpitalach oddziały. W wielu przypadkach szpitale, które zakwalifikowały się do sieci, nie zakwalifikowały się ze wszystkimi posiadanymi

⁸ Pani profesor Barbara Bień jest m.in. członkinią Komisji Ekspertów ds. Osób Starszych przy Rzeczniku Praw Obywatelskich.

oddziałami⁹. Nie jest przy tym wiadome, czy oddziały te ulegną likwidacji, wcieleniu do innych oddziałów objętych siecią, czy pozostaną w strukturze szpitali. Z wypowiedzi dyrektorów oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, że oddziały te będą mogły być finansowane w drodze konkursu ofert, ze środków Funduszu przeznaczonych na tę formę finansowania. Możliwość ta jest najbardziej korzystna dla pacjentów. W mojej opinii, istnieje zagrożenie, że część oddziałów zostanie jednak zlikwidowana. Tu pojawia się problem przejęcia pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia przez inne podmioty.

W mojej opinii, brakuje informacji i szacunków, jaką liczbę pacjentów już teraz oczekujących w kolejkach na udzielenie świadczeń zdrowotnych będą miały do przejęcia te podmioty lecznicze, które stworzą nowy system opieki szpitalnej. Tu więc pragnę zwrócić się z zapytaniem, czy resort zdrowia szacował lub szacuje, ile oddziałów szpitalnych może ulec likwidacji i jaka liczba pacjentów, z uwzględnieniem ich stanu zdrowia i możliwości organizacyjnych pozostałych szpitali, będzie musiała zostać przejęta?

Kwestia ta jest, w mojej opinii, jednym z podstawowych czynników przesądających o skuteczności funkcjonowania nowego systemu opieki szpitalnej.

Podsumowanie

Zdaję sobie sprawę, że nowy model opieki szpitalnej ma na celu poprawę dostępności pacjentów do tego typu leczenia i uporządkowanie systemu ochrony zdrowia. Opieka szpitalna stanowi jeden z podstawowych filarów systemu ochrony zdrowia, a jej sprawne funkcjonowanie jest jednym z mierników sprawności całego systemu. W tym zakresie wyrażam nadzieję, że wskazane powyżej propozycje służące poprawie jakości i dostępności opieki geriatrycznej zostaną przez Pana Ministra przeanalizowane pod kątem możliwości zastosowania ich w przekształcanej opiece szpitalnej.

⁹ <http://www.gloswielkopolski.pl/wiadomosci/wielkopolska/a/siec-szpitali-w-wielkopolsce-sprawdz-ktore-placowki-sie-w-niej-znalazly,12216589/2/>

Jednocześnie pragnę zaznaczyć, że pacjenci i ich środowiska już teraz zgłaszają obawy o byt wielu oddziałów szpitalnych pozostających poza siecią. Odbyłem ostatnio spotkanie z przedstawicielami Koalicji na Rzecz Walki z Łuszczycą, którzy wyrazili obawę, że likwidacji w wielu szpitalach mogą ulec oddziały dermatologiczne, czy też wenerologiczne. Problem ten dotyczy w szczególności szpitali na poziomie powiatowym, czy wojewódzkim. W przypadku likwidacji, czy reorganizacji oddziałów (np. połączenia) mogą pojawić się też praktyczne problemy z dostępem do świadczeń zdrowotnych dla pacjentów oczekujących w kolejkach na udzielenie świadczenia.

Mając powyższe na uwadze, w oparciu o art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2017 r. poz. 958), zwracam się do Pana Ministra z uprzejmą prośbą o zajęcie stanowiska odnośnie do poruszanych kwestii. Proszę o wskazanie, w jaki sposób w ramach wdrażanych zmian systemowych ma wyglądać opieka geriatryczna, a także jak Pan Minister ocenia możliwość realizacji propozycji funkcjonowania Geriatrycznego Ośrodka Rehabilitacji Diennej, zaproponowanego przez Konsultanta wojewódzkiego. Uprzejmie proszę także o informację, czy była lub jest analizowana kwestia liczby pacjentów, którzy w związku z likwidacją oddziałów szpitalnych i liczbą szpitali pozostających poza siecią będą ubiegać się o uzyskanie świadczenia zdrowotnego w innym podmiocie leczniczym i jakie będzie mieć to przełożenie na funkcjonowanie podmiotów leczniczych, które weszły do sieci szpitali.